Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

dgac DSAC

FORMULAIRE POUR DEMANDE DE CERTIFICAT MEDICAL

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - **SECRET MEDICAL**

(1) Pays de délivrance de licence : SENEGAL

(13) N° référence :

(2) Certificat médical sollicité : Classe 1 ■ Classe 2 ☐ LAPL ☐ PNC/CCA ☐

(3) Nom : DIOP

(4) Nom de naissance :

(12) Genre sollicité : ■ initial ☐ renouvellement/prorogation

(5) Prénom(s) : CHEIKH ANTA

(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 30/10/1997

(7) Sexe : Masculin ■ Féminin ☐

(14) Type de licence désirée : PILOTE DE LIGNE

(15) Profession (principale) : ETUDIANT

(8) Lieu et pays de naissance : DAKAR, SENEGAL

(9) Nationalité : SENEGALAISE

(16) Employeur : AIR SENEGAL S.A

(10) Adresse permanente : YEUMBEUL, KEUR MASSAR, DAKAR
Pays : SENEGAL
N° de téléphone : +221786308878
Courriel : CHEIKHANTA.DIOP@UADB.EDU.SN

(11) Adresse postale : (si différente)
Pays :
N° de téléphone :

(17) Dernier examen médical :
Date : 14/12/2021
Lieu : CENTRE D'EXPERTISE MEDICALE DU PERSONNEL AERONAUTIQUE, DAKAR, SENEGAL

(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non ■ Oui ☐ détails :

(18) Licence(s) de vol possédée(s)

types	Numéro de licence	Pays de délivrance

(21) Nombre total d'heures de vol : 4H

(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : 4H

(20) Est ce qu'une autorité aéronautique a refusé de vous délivrer un certificat médical, prononcé une décision de retrait ou de suspension de celui-ci ?
Non ■ Oui ☐ Date : Lieu:
Détails :

(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) : MONOMOTEUR A PISTON

(25) Type de vol envisagé : VOLS D'INSTRUCTION

(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ?
Non ■ Oui ☐ Date : Lieu:
Détails :

(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote ■ Multipilote ☐

(28) Prenez vous actuellement des médicaments ? Non ■ Oui ☐
Nature et dose du médicament, depuis quand est il pris et pourquoi:

(27) Consommez vous de l'alcool ? Non ■ Oui ☐ consommation journalière unités

(29) Consommez vous du tabac ?
Non jamais ■ Non actuellement ☐ Date de l'arrêt :
Oui ☐ type et quantité :

Antécédents généraux et médicaux : avez vous des antécédents connus d'une des maladies suivantes ?
A chaque question répondez en cochant OUI ou NON (ou selon ce qui est indiqué). Détaillez dans la rubrique « (30) remarques »

	Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non
(101) Maladie ou opération oculaire	☐	■	(112) Affection de la gorge, du nez, trouble du langage	☐	■	(123) Paludisme, autre maladie tropicale	■	☐	**Antécédents familiaux**		
(102) Avez-vous porté ou portez vous actuellement des lunettes et/ou des lentilles de contact	☐	■	(113) Traumatismes crânien ou commotion	☐	■	(124) Test VIH positif	☐	■	(170) Affection cardiaque	☐	■
			(114) Maux de tête fréquents ou graves	☐	■	(125) Maladie sexuellement transmissible	☐	■	(171) Hypertension artérielle	■	☐
(103) Modifications dans la prescription de lunettes/lentilles depuis le dernier examen	☐	■	(115) Accès de vertige/évanouissement	☐	■	(126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil	☐	■	(172) Taux élevé de cholestérol	☐	■
(104) Allergie ou rhume des foins	☐	■	(116) Perte de conscience quel que soit le motif	■	☐	(127) Maladie musculaire ou squelettique	☐	■	(173) Epilepsie	☐	■
(105) Asthme ou maladie pulmonaire	☐	■	(117) Affection neurologique : AVC, epilepsie, convulsions, paralysie, etc..	☐	■	(128) Toute autre maladie ou blessure	☐	■	(174) Maladie mentale/suicide	☐	■
									(175) Diabète	☐	■
(106) Maladie du cœur ou des vaisseaux	☐	■	(118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature	☐	■	(129) Hospitalisation	☐	■	(176) Tuberculose	☐	■
						(130) Recours à un médecin depuis le dernier examen médical	■	☐	(177) Allergie/asthme/eczéma	☐	■
(107) Tension artérielle élevée ou basse	☐	■	(119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue	☐	■	(131) Assurance vie refusée pour motif médical	☐	■	(178) Maladie héréditaire	☐	■
									(179) Glaucome	☐	■
(108) Calcul rénal ou sang dans les urines	☐	■	(120) Tentative de suicide ou automutilation	☐	■	(132) Refus de licence de vol pour motif médical	☐	■	**A remplir uniquement pour les femmes**		
(109) Diabète ou désordre hormonal	☐	■							(150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation	☐	☐
(110) Affection de l'estomac, du foie ou des intestins	☐	■	(121) Mal des transports nécessitant médication	☐	■	(133) Exempté ou réformé du service national pour motif médical	☐	■			
(111) Surdité ou maladie des oreilles	☐	■	(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines	☐	■	(134) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie	☐	■	(151) Etes-vous enceinte ?	☐	☐

(30) Remarques :
116: UNE FOIS, PENDANT QUELQUES SECONDES PARCE QUE J'AVAIS ASSISTÉ À LA CÉRÉMONIE DE PRESENTATION DE MA PROMO DE PILOTE ALORS QUE J'AVAIS DE LA FIÈVRE ET EN PLUS ON A ETE EXPOSÉ PLUS D'UNE HEURE SOUS LE SOLEIL DE 13H(J'ETAIS PAS LE SEUL A S'ÊTRE ÉVANOUI). 130: J'AI CONSULTÉ UN MEDCIN APRES CET INCIDENT. 171: MA MERE HTA.
123 dernier accès palustre il y a 7a 8 ans.

(31) Déclaration : Je soussigné(e), déclare avoir répondu de façon sincère aux questions qui m'ont été posées lors du présent examen et ne pas avoir connaissance de troubles de mon état de santé autres que ceux que j'ai signalés. Je comprends qu'en cas de fausse déclaration ou erreur, l'autorité de licence peut me retirer tout certificat médical déjà accordé ou refuser de me fournir un nouveau certificat médical, sans préjudice de toute autre action applicable en vertu du droit national. CONSENTEMENT À LA PUBLICATION D'INFORMATIONS MÉDICALES : En cas de nécessité, j'autorise la transmission de ce rapport et de ses annexes, dans le respect du secret médical, au médecin évaluateur de l'autorité compétente de mon AME ainsi qu'aux professionnels de santé pertinents dans le but d'obtenir une évaluation aéro médicale ou dans le cadre d'un recours. En reconnaissant que ces documents ou données stockées électroniquement doivent être utilisés pour compléter une évaluation médicale et deviendront et resteront la propriété de l'autorité qui délivre la licence, à condition que moi-même ou mon médecin puisse y avoir accès conformément à la législation nationale. Le secret médical sera respecté à tout moment. NOTIFICATION DE DIVULGATION DE DONNEES PERSONNELLES: Je déclare par la présente que j'ai été informé et que je comprends que les données contenues dans mon certificat médical selon l'ARA.MED.130 peuvent être [illegible] mis à la disposition de mon AME afin de fournir les données historiques requises dans le MED.A.035 (b) (2) (ii) / (iii) ainsi qu'aux assesseurs médicaux des autorités compétentes des États membres afin de faciliter l'application de l'ARA.MED.150 (c) (4).

Date : 29/01/2022

Signature du demandeur :

Signature du médecin examinateur :
Dr. P. CORREA
Medecin
CEMA Toulouse

Réf Formulaire pour demande de certificat médical [illegible]

DIOP
CHEIKH ANTA
Né(e) le : 30/10/1997 19870
DAKAR

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
dgac

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(annexe au formulaire pour demande de certificat médical)
PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - **SECRET MEDICAL**

NOM :	Prénoms :	Date de naissance (JJ/MM/AAAA): Lieu de naissance :

(201) Catégorie d'examen	(202) Taille	(203) Poids	(204) Yeux couleur	(205) Cheveux couleur	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique	Diastolique	(207) Pouls au repos Pulsations (bpm)	Rythme
☒ Initial ☐ Prorogation ☐ Renouvellement ☐ Recours spécial	181,8 cm	58,7 kg	Marron	Marron	135	80	82	☒ régulier ☐ irrégulier

(Apte)

Examen clinique : Cochez chaque item	normal	anormal		normal	anormal
(208) Tête, face, cou, cuir chevelu	☒	☐	(218) Abdomen, hernie, foie, rate	☒	☐
(209) Cavité buccale, gorge, dents	☒	☐	(219) Anus, rectum (si nécessaire)	☐	☐
(210) Nez, sinus	☒	☐	(220) système génito-urinaire	☒	☐
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	☒	☐	(221) Système endocrinien, thyroïde	☒	☐
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	☒	☐	(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	☒	☐
(213) Yeux – pupilles	☒	☐	(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	☒	☐
(214) Yeux – mobilité oculaire, nystagmus	☒	☐	(224) Examen neurologique- réflexes etc	☒	☐
(215) Poumons, thorax, seins	☒	☐	(225) Psychiatrie	☒	☐
(216) Cœur	☒	☐	(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	☒	☐
(217) Système vasculaire	☒	☐	(227) Etat général	☒	☐

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire

Cadet- Air Senegal, 24 ans etudiant Big Data objectif ATPL. Rève enft.
Celib, 0 enft.
Plainte = Urticaire géante ~ 2 mois épisodique RAS
toxique négatif
Tabac = 0
Alc. 0
Illicit. 0
Sport. +

Acuité visuelle (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)

(229) (de loin à (5m/6m en **dixième**)			Lunettes/Contact
Œil droit sans correction		Corrigée à	
Œil gauche sans correction		Corrigée à	
Vision binoculaire, sans correction		Corrigée à	

(230) **Vision Intermédiaire** N14 lu à 100cm	sans correction Oui	Non	avec correction Oui	Non
Œil droit	☐	☐	☐	☐
Œil gauche	☐	☐	☐	☐
Vision binoculaire	☐	☐	☐	☐

(231) **de près** N5 lu à 30 - 50cm	sans correction Oui	Non	avec correction Oui	Non
Œil droit	☐	☐	☐	☐
Œil gauche	☐	☐	☐	☐
Vision binoculaire	☐	☐	☐	☐

(232) **Lunettes** Oui ☐ Non ☐ Type :		(233) **Lentilles de contact** Oui ☐ Non ☐ Type :		
Réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter
Œil droit				
Œil gauche				

(313) **Perception des couleurs** Normale ☐ Anormale ☐
Tables pseudo-isochromatiques Type I S H I H A R A
Nombre de tables présentées Nombre d'erreurs

(234) **Audition** (ne pas remplir ici lors des examens approfondis) (si 239/241 non réalisé)

	Oreille droite	Oreille gauche
Tests de Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examinateur	Oui ☒ Non ☐	Oui ☒ Non ☐

Audiométrie éventuelle						
Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) **Fonction respiratoire**		(237) **Hémoglobine**
VEMS/CV 86 % Normal ☐ Anormal ☐	Peak Flow (l/min) Normal ☐ Anormal ☐	14,8 (g/dl) Normal ☒ Anormal ☐

(235) **Analyse d'urine** Normale ☒ Anormale ☐

Glucose 0	Protéines 0	Sang 0	Autres

Rapports annexés	Non réalisé	Date	normal	anormal
(238) ECG	☐	11-02-22	☒	☐
(239) Audiogramme	☐	11-02-22	☒	☐
(240) Examen Ophtalmologique	☐	11-02-22	☒	☐
(241) Examen ORL	☐	11-02-22	☒	☐
(242) Lipides sanguins	☐	11-02-22	☒	☐
(243) Fonction respiratoire	☐	11-02-22	☒	☐
(320) Tonométrie G : 18 D : 16 mmHg	☐	11-02-22	☒	☐
(244) Divers(Sujet?):	☐		☐	☐

(247) **Nom et signature du médecin examinateur de médecine générale dans l'AeMC et sa proposition d'aptitude**

Avis : Apte

Nom : Dr P. CORREA
Médecin
Signature :
CEMA Toulouse

(247 bis) **Décision du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé**

☒ **APTE pour la classe:**
☐ **certificat médical délivré par le soussigné (copie jointe) pour la classe:**
☐ **INAPTE pour la classe :**
☐ **Remis pour une évaluation complémentaire,** dans l'affirmative, indiquer:
le destinataire :
le motif :

➤Renvoi/concertation
Si une décision a été prise antérieurement par l'autorité en inscrire ici les références et le libellé complet et les reporter sur le certificat d'aptitude remis au candidat.
Décision N° .... du ....
Libellé :

Champ d'application du certificat	CLASSE 1	CLASSE 2	LAPL	PNC/CCA
	☒	☒	☒	☐

(248) **Commentaires, limitations :**

Apte classe 1 → 11-02-2023

(249) **Déclaration du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé**

Je soussigné certifie que j'ai personnellement examiné (ou que mon groupe de médecins-conseils agréés a examiné) le demandeur mentionné ci-dessus et que ce rapport d'examen médical et ses annexes contiennent nos constatations d'une manière complète.

(250) date : 11/02/2022 et lieu: Toulouse	Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé: Fax: Telephone: E-mail:	Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature: Numéro d'AME: Dr Jy. LAFAILLE Médecin chef FR - AeMC - 05

Direction Générale de l'Aviation Civile

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

RAPPORT D'EXAMEN OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE

COMPLÉTER CETTE PAGE DANS SA TOTALITÉ ET EN LETTRES MAJUSCULES

Secret médical

(1) Pays de délivrance de licence:	(2) Classe du certificat médical demandée: ☒ 1 ☐ 2 ☐ LAPL ☐ PNC/CCA		
(3) N° DIOP CHEIKH ANTA Né(e) le : 30/10/1997 19870	(4) Nom de naissance:	(12) Genre sollicité: ☒ Initial ☐ Renouvellement/prorogation	
(5) Pr DAKAR	(6) Date de naissance:	(7) Sexe: ☒ Masculin ☐ Féminin	(13) Numéro de référence :

(401) Consentement à l'envoi de renseignements médicaux

Par la présente, j'autorise la transmission de tout renseignement contenu dans ce rapport et toutes ses annexes à l'AME et, si besoin, au médecin du service aéromédical de l'Autorité, reconnaissant que ces documents ou toutes autres données stockées électroniquement doivent être utilisés pour effectuer une expertise médicale et deviendront et demeureront la propriété de l'Autorité, à la condition que moi-même ou mon médecin puisse y avoir accès selon le droit national. Le secret médical sera respecté à tout moment.

Date: 11-02-22 Signature du demandeur:

Signature du médecin examinateur agréé: Dr. P. CORREA Médecin CEMA Toulouse

(402) Catégorie d'examen:
☒ Initial
☐ prorogation
☐ Renouvellement
☐ Recours spécial :

(403) Antécédents ORL:

Examen clinique:
Cocher chaque item

	Normal	Anormal
(404) Tête, visage, cou, cuir chevelu	☒	☐
(405) Cavité buccale, dents	☒	☐
(406) Pharynx	☒	☐
(407) Narines et naso-pharynx (y compris rhinoscopie antérieure)	☒	☐
(408) Système vestibulaire, y compris Romberg	☒	☐
(409) Élocution	☒	☐
(410) Sinus	☒	☐
(411) Conduits auditifs externes, tympans	☒	☐
(412) Otoscopie pneumatique	☐	☐
(413) Tympanométrie, y compris la manœuvre de Valsalva (uniquement examen initial)	☒	☐

Tests supplémentaires (si indiqués)

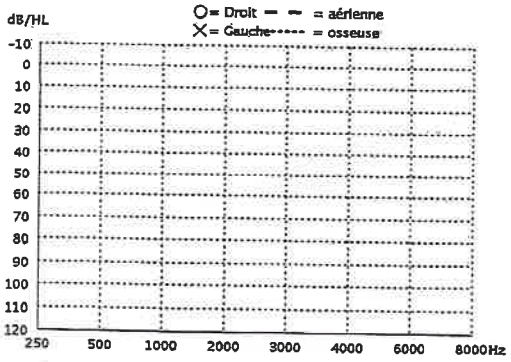
	Non effectué	Normal	Anormal
(414) Audiométrie vocale	☐	☒	☐
(415) Rhinoscopie postérieure	☐	☐	☐
(416) ENG; nystagmus spontané et positionnel	☐	☐	☐
(417) Épreuve calorique différentielle - Épreuve vestibulaire rotatoire	☐	☐	☐
(418) Laryngoscopie directe ou indirecte	☐	☐	☐

(419) Audiométrie tonale

db HL (seuil d'audition)

	Conduction aérienne		Conduction osseuse	
Hz	Oreille droite	Oreille gauche	Oreille droite	Oreille gauche
250	5	5		
500	5	10		
1000	0	5		
2000	10	10		
3000	5	5		
4000	10	5		
6000	10	10		
8000	15	15		

(420) Audiogramme



(421) Remarques et recommandations ORL:

(422) Déclaration du médecin examinateur:

Je certifie avoir personnellement examiné le demandeur mentionné ci-dessus et que ce rapport d'examen médical et ses annexes contiennent mes constatations d'une manière complète et correcte.

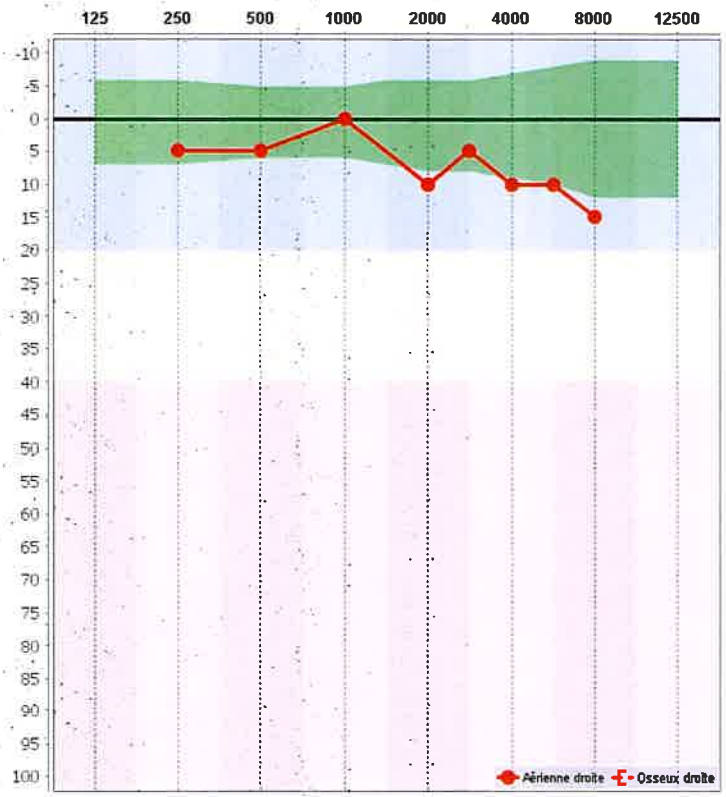
(423) Lieu et date: 11-02-2022	Nom et adresse de l'examinateur: (en majuscules):	Cachet et n° de l'AME ou du spécialiste:
Signature du médecin examinateur agréé: Dr. P. CORREA Medecin CEMA Toulouse	E-mail: Telephone No: Fax No:	Proposition d'aptitude du médecin ORL: ☒ Apte ☐ Inapte

Audiométrie tonale

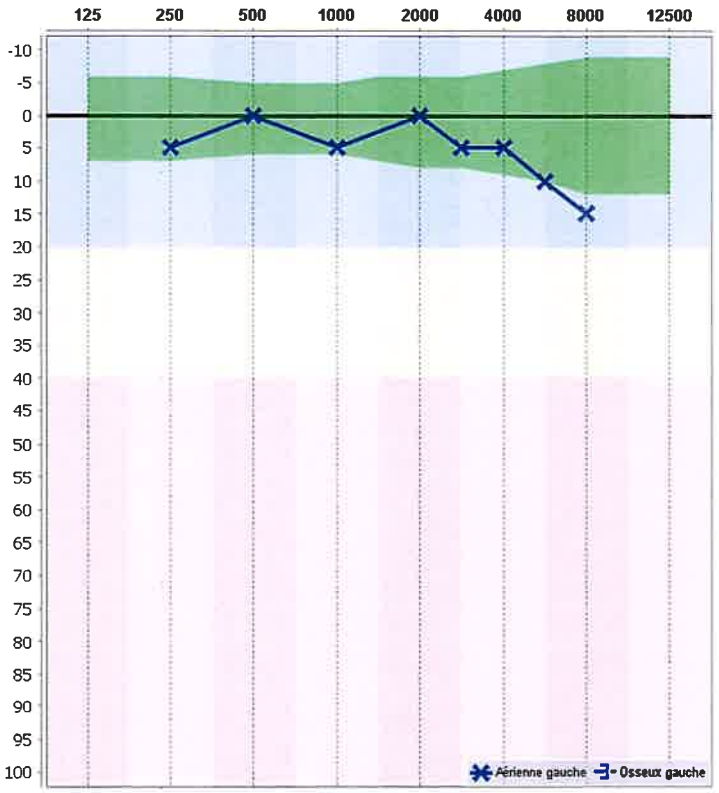
Opérateur : Pauline Cansot

Patient	**Cheikh Anta Diop**
Date de naissance	30 oct. 1997
Date de mesure	11/02/2022 09:59:37

Droite



Gauche



Indice Tonal Moyen	Gauche	Droite
Indice Tonal Moyen	1,67 dB HL	5,00 dB HL
Indice précoce d'alerte	6,67 dB HL	8,33 dB HL
Indicateur médico-légal	2,50 dB HL	5,00 dB HL
Indicateur de surdité professionnelle	2,50 dB HL	6,25 dB HL
Sigycop (O= 2)	Coef. : 1	Coef. : 2

Notes

Appareil utilisé pour la mesure
Appareil : OtoWin
S/N : 16088 - 038
Firmware : 1.1.3d
Hardware : rev9
Stimulateur : DD45 HI
Date de calibration : 26/07/2021

ndd Medical Technologies

Zurich, Switzerland

Diop, Cheikh Anta

ID: 30016 **Âge: 24 (30/10/1997)**

Sexe	Masculin	Taille	188 cm		
Ethnicité	Africain	Poids	58 kg	IMC	16.4

CVF avec CV

Votre VEMS/théorique: 86 %

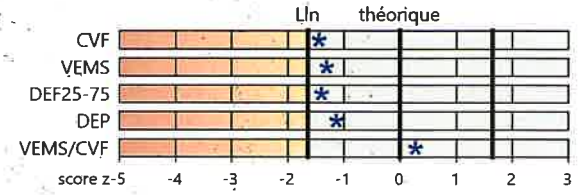
Date du test	11/02/2022 10:02:21	Interprétation	GOLD(2008)/Hardie	Sélection de valeur	Meill. valeur
Heure post		Val. théo.	ERS (ECCS/EGKS), 1993 * 0,88	BTPS (insp/exp)	1,12/1,02

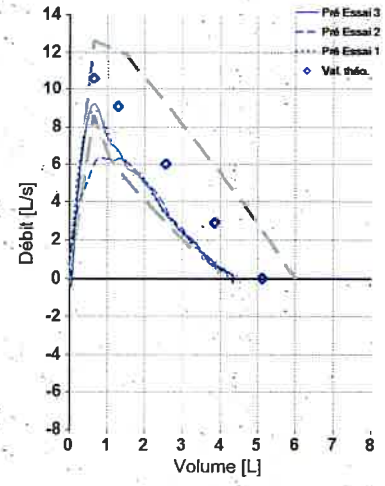
			Pré				
Paramètre	**Théo.**	**LIn**	**Meilleur**	~~Essai 3~~	~~Essai 2~~	~~Essai 1~~	**%Théo.**
CVF [L]	5,14	4,25	4,36	4,36	4,22*	3,95*	85
VEMS [L]	4,28	3,55	3,70	3,70	3,64	3,69	86
VEMS/CVF	0,827	0,709	0,847	0,847	0,863	0,934	102
DEF25-75 [L/s]	5,27	3,56	3,82	3,82	4,14	4,44	72
DEP [L/s]	10,62	8,63	9,24	9,24	6,38*	8,89	87
TEF [s]	-	-	2,9	2,9	2,4	1,3	-

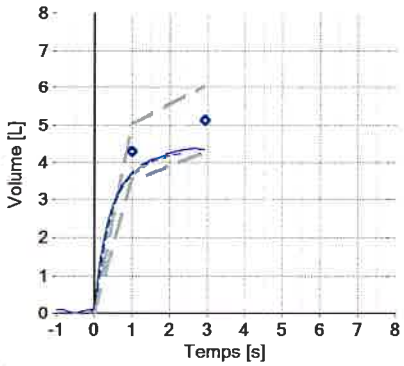
Attention: qualité de test médiocre. Interpréter avec précaution.

* Résultats inf. à la limite normale ou changement post test significatif.

Qualité du test	Pré	F
Interprétation système	Pré	Aucune interprétation, pas assez d'essais acceptables







Madsen Electronics

ZODIAC 901 N/S 37874
Casque N/S -----
Date Cal: 21-Oct-2021

AeMC U.E.F.05

CEMA TB

Opérateur: Diop Cheikh Anta

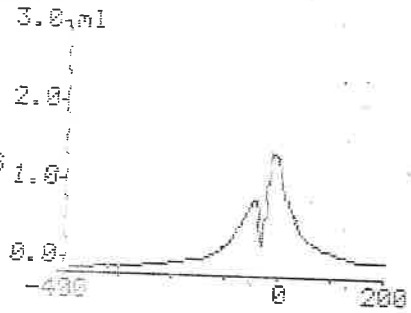
Patient: 30 ans 97

N du Patient: 30

Date: 11-Fév-2022 Heure 11:01

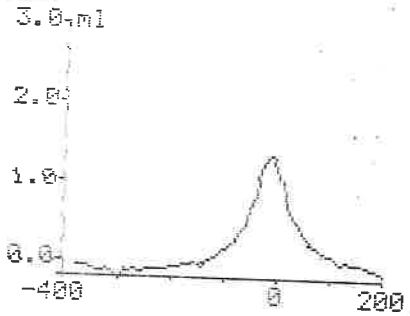
Tymp.: FTE-I Gauche

VCA1:	1.33	ml
VCA2:	----	ml
POM1:	-15	daP
POM2:	----	daP
POMd:	----	daP
Vitesse	400	dP/S
Dir.:	Nég.	



Tymp.: FTE-I Droite

VCA1:	1.27	ml
VCA2:	----	ml
POM1:	-15	daP
POM2:	----	daP
POMd:	----	daP
Vitesse	400	dP/S
Dir.:	Nég.	



Direction Générale de l'Aviation Civile

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

dgac

RAPPORT D'EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE

COMPLÉTER CETTE PAGE DANS SA TOTALITÉ ET EN LETTRES MAJUSCULES

Secret médical

(1) Pays de délivrance de licence:	(2) Classe du certificat médical demandée : ☒ 1 ☐ 2 ☐ LAPL ☐ PNC/CCA		
(3) Nom u: DIOP CHEIKH ANTA (5) Prénor: Né(e) le : 30/10/1997 19870 DAKAR	(4) Nom de naissance :	(6) Date de naissance:	(7) Sexe: ☒ Masculin ☐ Féminin
(12) Genre sollicité: ☒ Initial ☐ Renouvellement/prorogation	(13) Numéro de référence :		

(301) Consentement à l'envoi de renseignements médicaux:
Par la présente, j'autorise la transmission de tout renseignement contenu dans ce rapport et toutes ses annexes à l'AME et, si besoin, au médecin du service aéromédical de l'Autorité, reconnaissant que ces documents ou toutes autres données stockées électroniquement doivent être utilisés pour effectuer une expertise médicale et deviendront et demeureront la propriété de l'Autorité, à la condition que moi-même ou mon médecin puisse y avoir accès selon le droit national. Le secret médical sera respecté à tout moment.

Date: 11-02-22 Signature du demandeur: Signature du médecin examinateur (AME): Dr P. CORREA Médecin CEMA Toulouse

(302) Catégorie d'examen: ☒ Initial ☐ prorogation ☐ Renouvellement ☐ Recours spécial	(303) Antécédents ophtalmologiques: RAS

Examen clinique:

Contrôler chaque point	Normal	Anormal
(304) Yeux, aspect externe & paupières	☒	☐
(305) Yeux, segment antérieur (lampe à fente, ophtalmoscope.)	☒	☐
(306) Position et mobilité oculaire	☒	☐
(307) Champs visuels (confrontation)	☒	☐
(308) Réflexes pupillaires	☒	☐
(309) Fond d'oeil (ophtalmoscopie)	☒	☐
(310) Convergence PPC 7 cm	☒	☐
(311) Accommodation D	☐	☐

(312) Équilibre oculomoteur (en dioptries prismatique) TNO 60.

À la distance de 5/6 mètres	De près à 30-50 cm
Ortho x	Ortho x
Eso	Eso
Exo	Exo
Hyper	Hyper
Cyclo	Cyclo
Tropie ☐ Oui ☒ Non	Phorie ☐ Oui ☒ Non
Épreuve de réserve de fusion ☐ Non effectué ☒ Normal ☐ Anormal	

(313) Perception des couleurs

Planches pseudo-isochromatiques nombre de planches présentées: 24 Type: ISHIHARA (24 planches) Nombre d'erreurs: 0

Test approfondi de perception de couleurs indiqué ☐ Oui ☒ Non
Méthode:

	Normal	Anormal		Normal	Anormal
Lanterne de Beyne	☐	☐	Anomaloscope	☐	☐

☐ Normal ☐ Anormal

Acuité visuelle:

(314) Vision à distance (à 5/6m)

	Sans correction		Lunettes	Lentilles de contact
Œil droit	3 /10	Corrigé à	/10	/10
Œil gauche	10 /10	Corrigé à	/10	/10
Vision Binoculaire	10 /10	Corrigé à	/10	/10

(315) Vision à distance intermédiaire (à 1 m)

	Sans correction		Lunettes	Lentilles de contact
Œil droit	P2 /10	Corrigé à	/10	/10
Œil gauche	P2 /10	Corrigé à	/10	/10
Vision B noculaire	P2 /10	Corrigé à	/10	/10

(316) Vision de près (à 30-50 cm)

	Sans correction		Lunettes	Lentilles de contact
Œil droit	P2 /10	Corrigé à	/10	/10
Œil gauche	P2 /10	Corrigé à	/10	/10
Vision Binoculaire	P2 /10	Corrigé à	/10	/10

(317) Réfraction

	Sph	Cylindrique	Axe	Addition
Œil droit	+0,25	-1,25	10	
Œil gauche	+0,50	-1,25	170	

Prescription optique basée sur la réfraction objective:

(318) Lunettes: ☐ Oui ☒ Non Type:

(319) Lentilles de contact: ☐ Oui ☒ Non Type:

(320) Tension intra-oculaire: Droit 16 mmHg Gauche 18 mmHg

Méthode: ☐ Normal ☐ Anormal

(321) Remarques et recommandations ophtalmologiques:

(322) Déclaration du médecin examinateur:
Je certifie avoir personnellement examiné le demandeur mentionné ci-dessus et que ce rapport d'examen médical et ses annexes contiennent mes constatations d'une manière complète et correcte.

(323) Lieu et date: 11.2.22	Nom et adresse de l'examinateur: (en majuscules):	N° d'AME ou de spécialiste:
Signature du médecin examinateur agréé: Dr Françoise CLERGUÉ Ophtalmologiste N° 311057186 CEMA TB – 05	E-mail: Telephone No: Fax No:	Proposition d'aptitude du médecin ophtalmologiste ☒ Apte ☐ Inapte

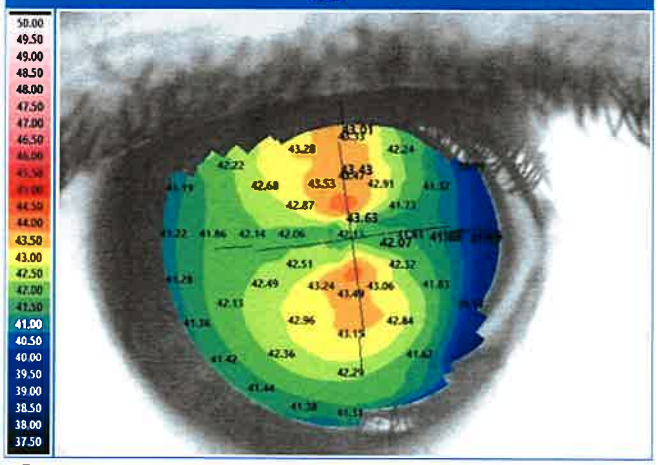
CA-800

CEM-CEMPN BLAGNAC

Information Patient			
Patient	DIOP Cheik Anta	Sexe	M
Patient ID	30016	Date d'Examen	11/02/2022 09:59:05
Date de Naissance	30/10/1997		

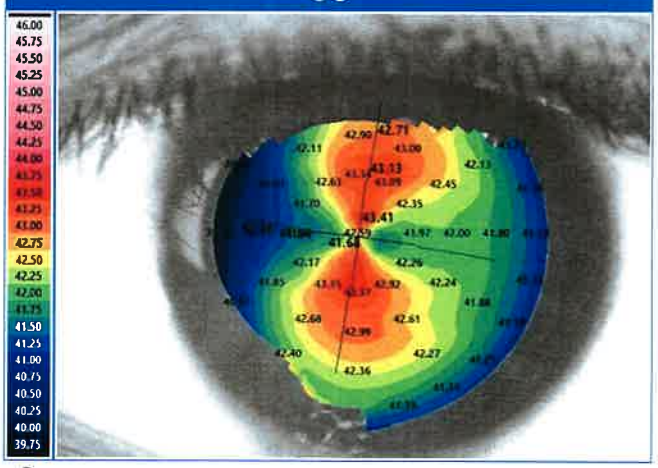
MAPPE

OD



D — Normalisée - Axiale

OS



D — Normalisée - Axiale

Méridiens

3 mm	5 mm	7 mm
42.07 @ 8°	41.85 @ 8°	41.19 @ 5°
43.63 @ 98°	43.43 @ 98°	43.01 @ 95°
-1.56D ax8°	-1.58D ax8°	-1.82D ax5°

3 mm	5 mm	7 mm
41.68 @ 173°	41.64 @ 171°	41.16 @ 171°
43.41 @ 83°	43.13 @ 81°	42.71 @ 81°
-1.72D ax173°	-1.49D ax171°	-1.55D ax171°

Données Cornée

Décentrage Cornée	X= -0.80 mm	Y= -0.08 mm
Diamètre	11.73 mm	
Décentrage Pupille	H= -0.22 mm	V= -0.03 mm
Diamètre Pupille Moyen	2.87 mm	
Puissance Moyenne de la Pupille	4.5mm: 42.71 D / 3mm: 42.70 D	

Décentrage Cornée	X= 0.73 mm	Y= -0.02 mm
Diamètre	11.75 mm	
Décentrage Pupille	H= 0.08 mm	V= -0.07 mm
Diamètre Pupille Moyen	3.01 mm	
Puissance Moyenne de la Pupille	4.5mm: 42.54 D / 3mm: 42.57 D	

Détection du Kératocone

AK	AGC	SI	Kpi
45.70 D	1.67 D/mm	-0.30 D	0%
Topographie non compatible avec un kératocône			
A	D	Ro - Teta	Rnd

AK	AGC	SI	Kpi
43.79 D	1.04 D/mm	0.15 D	0%
Topographie non compatible avec un kératocône			
A	D	Ro - Teta	Rnd

Indices de Kérato-Réfraction

SD	SAI	Asph.	Kc
SD = 0.72 D	SAI = 0.20 D	e = 0.67	42.33 D

SD	SAI	Asph.	Kc
SD = 0.47 D	SAI = 0.18 D	e = 0.44	42.57 D

Annotations

MAPPE_CORNÉE (V. 1.6.1) 2022/02/11 09:59:58

Patient: **DIOP, Cheik Anta**

Date de naissance: **30/10/1997**

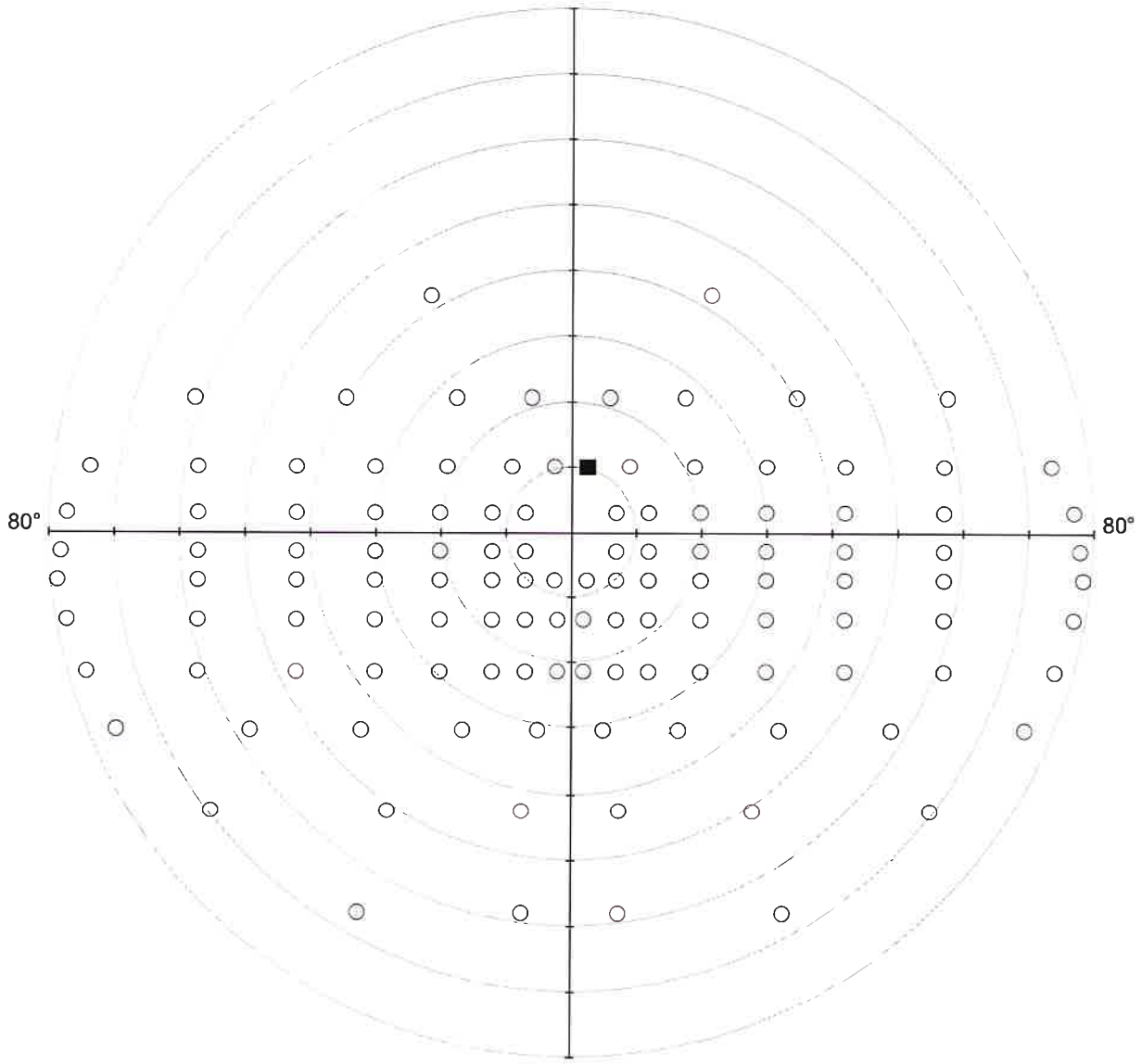
Sexe: **masculin**

Identifiant du patient: **30016**

Haag-Streit Diagnostics AG

OU Valeur supraliminaire HFA ET - Esterman

Contrôle de fixation:	Arrêt	Stimulus:	B/B, III, Blanc	Date:	11/02/2022
Cible de fixation:	Croix	Fond:	31.4 asb	Heure:	08:45
Pertes de fixation:	n/a	Stratégie:	1LT-ET	Âge:	24
Erreurs faux POS:	3/6	Diamètre de la pupille:	Non mesuré		
Erreurs faux NÉG:	0/6	Acuité visuelle:			
Durée du test:	03:34	Rx:			



Score Esterman:	**99**
○ Point vu:	**119/120**
■ Point non vu:	**1/120**
△ Tache aveugle	

Commentaires

Signature

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

dgac

Fiche intercalaire d'examen de la santé mentale

DIOP
CHEIKH ANTA
Né(e) le : 30/10/1997 19870
DAKAR

idats à l'admission CL1 en AeMC

- SECRET MEDICAL

NOM :
Prénoms :

Date de naissance (JJ/MM/AAAA): 30/10/1994
Lieu de naissance:
Pays de naissance:

ATCD médico-psychologiques connus: sur le plan personnel depuis l'enfance: oui ☐ non ☑

commentaires:

sur le plan familial (parents, fratrie, oncles, tantes, grands-parents, cousins: oui ☐ non ☑

commentaires:

traitements / psychotropes: passé(s) et actuel(s) ?: oui ☐ non ☑

psychothérapie ou suivi psychologique en cours ? oui ☐ non ☑ dernière ordonnance ?

présentation générale / contact adapté oui ☑ non ☐

symptômes cognitifs ? oui ☐ non ☑

symptômes psychotiques ? oui ☐ non ☑

troubles de l'humeur ? oui ☐ non ☑

troubles anxieux ? oui ☐ non ☑

trouble des conduites ? oui ☐ non ☑

troubles des conduites alimentaires: oui ☐ non ☑ IMC ? 16

tests sanguins:

	NFS	GGT	ASAT	ALAT	EAL	CDT
Nle	☑	☑	☑	☑	☑	☐
aNle	☐	☐	☐	☐	☐	☐

tests urinaires: cannabis (seuil THC > 50 ng/ml) positif ☐ négatif ☑ cocaïne (seuil > 300 ng/ml) positif ☐ négatif ☑ autre ?:

signes d'appel à l'examen somatique: oui ☐ non ☑

évaluation de la motivation aéronautique, du désir de devenir pilote professionnel ? : Passionné BAS

expérience aéronautique (heures de vol) ? 45

autre / commentaires :

Nom, date et signature du médecin examinateur

Conclusion:
☑ - absence d'antécédent, d'anomalie décelable, motivation adaptée, etc...
- ou bien:
☐ - renvoi au pôle
☐ - bilan avec un psychiatre ou un psychologue clinicien au fait du milieu aéronautique (ayant bénéficié d'une formation agréée par la DGAC)
☐ - CAT à discuter en staff
☐ - autre:

Nom :
date:
Signature
Dr. P. CORREA
Medecin
CEMA Toulouse

Rapport ECG 12 dérv

Masculin

ID patient:22

Département :

ambul.ID :

N° de salle :

FC	:	64bpm
P	:	101ms
FP	:	157ms
QRS	:	81ms
QT/QTc	:	386/400ms
P/QRS/T	:	76/58/55deg.
RV5/SV1	:	2.617/1.923mV

Nom infos diagn.:

1.Arythmie de sinus
2.Haute Tension (ventricule gauche)

Cheikh Anta Diop Dakar

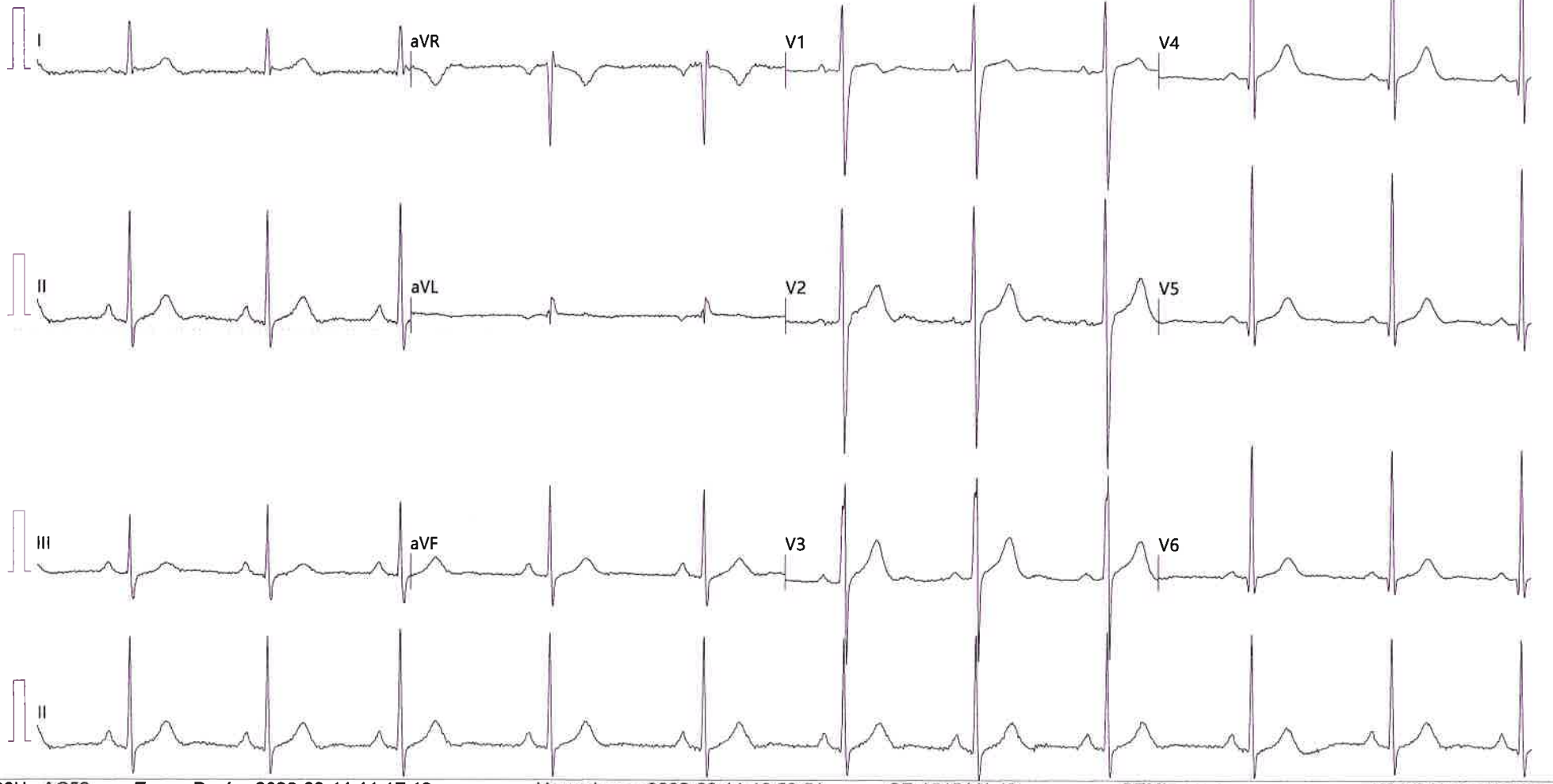
DIOP
CHEIKH ANTA
Né(e) le : 30/10/1997 **19870**
DAKAR

P. CORREA
Médecin
CEMA Toulouse

DIOP
CHEIKH ANTA
Né(e) le : 30/10/1997 **19870**
DAKAR

Rapp. confirmé par:

10mm/mV 25mm/s



0.67-100Hz AC50 Exam. Durée :2022-02-11 11:17:12 Heure impr. :2022-02-11 10:50:51 SE-1515 V1.42 SEMIP V1.90 *pr réf. clinique uniquement*

LABORATOIRE DES CEDRES
Membre du Groupe INOVIE
cofrac Accréditation COFRAC n° 8-1625
Normes NF EN ISO 15189 et NF EN ISO 22870
Laboratoire de Biologie Médicale multisite
Elodie CARRER · Caroline DEVAUX · Yaëlle DAHAN · Catherine ARMENGOL · Bénédicte NOUEL · Ludovic MERIOT · Martial CHEYROUX · Thomas MIGNOT
site Clinique des Cèdres

CEMPN - CEMA
AEROPORT DE TOULOUSE BLAGNAC
CS 60030
31701 BLAGNAC CEDEX

Demande : Dr **JOURDAN PIERRE**
AEROPORT TOULOUSE BLAGNAC BAT 5 HALL B 3EME ETAGE 31700 BLAG

Patient : **M. DIOP CHEIKH ANTA**
Né(e) le 30.10.1997

Dossier N° 0120420014 - 00 reçu le 09.02.2022 à 11:24
Prélevé le 11.02.2022 à 11:24
Edité le 11.02.2022 à 10:03

Prélèvement non effectué et non identifié par le laboratoire.

HEMATOLOGIE (sang)

			Intervalle de référence	Antécédents
NUMERATION GLOBULAIRE				
(Principe Coulter et photométrie, Beckman DXH-800)				
Globules Blancs	6,2	G/L	N: 4,0 à 11,0	
Globules Rouges	4,90	T/L	N: 4,60 à 6,20	
Hémoglobine	14,8	g/dL	N: 13,0 à 18,0	
Hématocrite	43,2	%	N: 37,0 à 50,0	
Volume Globulaire Moyen	88,2	fL	N: 79,0 à 97,0	
Taux Globulaire Moyen en Hb	30,2	pg	N: 27,0 à 32,0	
Conc Glob Moyenne en Hb	34,2	g/dL	N: 31,0 à 36,0	
Indice distribution GR	13,3	%	N: 12,3 à 17,0	
FORMULE LEUCOCYTAIRE				
(DXH-800, Cytométrie de flux)				
POLYNUCLEAIRES				
Neutrophiles 34,4 % soit	2,13	G/L	N: 1,50 à 7,50	
Eosinophiles 5,7 % soit	0,35	G/L	N: 0,00 à 0,60	
Basophiles 1,3 % soit	0,08	G/L	N: 0,00 à 0,20	
LYMPHOCYTES 48,5 % soit	3,01	G/L	N: 1,10 à 4,40	
MONOCYTES 10,1 % soit	0,63	G/L	N: 0,20 à 0,80	
PLAQUETTES	254,0	G/L	N: 150,0 à 400,0	
(Principe Coulter, Beckman DXH-800)				
Volume plaquettaire moyen	9,5	fL	N: 7,5 à 11,2	

Ce document ne doit pas être reproduit, sinon en entier, sans autorisation du laboratoire

Compte-rendu d'examens biologiques de:
M. DIOP CHEIKH ANTA Né(e) le 30.10.1997
Dossier N° 0120420014 **00** du 11.02.2022 à 11:24
prescrit par le Dr JOURDAN PIERRE transmis par CEMPN - CEMA

BIOCHIMIE (sang)

				Intervalle de référence	Antécédents
GLYCEMIE		0,85	g/l	N: 0,70 - 1,10	
(Colorimétrie, cobas)	*soit*	*4,71*	mmol/l	N: 3,89 - 6,12	
CREATININE		79	µmol/l	N: 59 - 104	
(Méthode enzymatique, Cobas)	*soit*	*9*	mg/l	N: 7 - 12	

ESTIMATION DU DEBIT DE FILTRATION GLOMERULAIRE (selon équation CKD-EPI)

DFG origine caucasienne	**118**	ml/min/1.73m²
DFG origine afrique subsaharienne et afro-américaine	**136**	ml/min/1.73m²

Stade	DFG (ml/min/1,73 m²)	Interprétation
1	> ou = 90	Débit de filtration glomérulaire normal
2	60 - 89	Débit de filtration glomérulaire légèrement diminué
3A	45 - 59	Insuffisance rénale modérée
3B	30 - 44	Insuffisance rénale modérée
4	15 - 29	Insuffisance rénale sévère
5	< 15	Insuffisance rénale terminale

ACIDE URIQUE		66	mg/l	N: 34 - 70	
(Colorimétrie enzymatique, Cobas)	*soit*	*392,7*	µmol/l	N: 202,3 - 416,5	

Remarque : l'objectif thérapeutique chez un patient goutteux est un taux d'acide urique inférieur à 60 mg/l.

TRIGLYCERIDES		0,76	g/l	N: Inf. à 1,98	
(Colorimétrie enzymatique)	*soit*	*0,86*	mmol/l	N: Inf. à 2,26	
CHOLESTEROL TOTAL		1,75	g/l	N: 1,00 - 2,20	
(Colorimétrie enzymatique, Cobas)	*soit*	*4,53*	mmol/l	N: 2,59 - 5,70	
TRANSAMINASE G.O.		32	U/l	N: 10 - 50	
(Colorimétrie IFCC, Cobas)					
		Sérum hémolysé			
TRANSAMINASE G.P.		11	U/l	N: 10 - 50	
(Colorimétrie IFCC, Cobas)					
G.G.T		23	U/l	N: 8 - 61	
(Colorimétrie enzymatique, Cobas)					

Ce document ne doit pas être reproduit, sinon en entier, sans autorisation écrite du laboratoire

Compte-rendu d'examens biologiques de :
M. DIOP CHEIKH ANTA Né(e) le 30.10.1997
Dossier N° 012042001400 du 11.02.2022 à 11:24 Chambre :
prescrit par le Dr JOURDAN PIERRE transmis par CEMPN - CEMA

ACCREDITATION DU LABORATOIRE

"Le laboratoire des Cèdres est accrédité, selon les exigences de la norme NF EN ISO 15189, pour tous les examens de Biologie médicale (telles que définies dans le Code de santé publique) réalisés et indiqués dans le présent Compte-rendu. Accréditation Cofrac examens Médicaux, n°8-1625, liste des sites accrédités et portées disponibles sur ww.cofrac.fr. L'état d'accréditation des examens pouvant être réalisés par les laboratoires sous traitants est indiqué soit par un (*) lorsque l'examen n'est pas accrédité, soit précisé dans le compte-rendu du sous-traitant joint en annexe."

** Fin de compte rendu **
Ludovic MERIOT
Biologiste médical

Ce document ne doit pas être reproduit, sinon en entier, sans autorisation écrite du laboratoire

COMMUNAUTE ECONOMIQUE
DES ETATS DE L'AFRIQUE DE L'OUEST
ECONOMIC COMMUNITY OF WEST
AFRICAN STATES

REPUBLIQUE DU SENEGAL
REPUBLIC OF SENEGAL

PASSEPORT
Passport

A 02997930

Ce passeport contient 32 pages
This passport contains 32 pages

REPUBLIQUE DU SENEGAL

Passeport / *Passport*

Type / *Type*: P

Code du pays / *Country code*: SEN

N° Passeport / *Passport No*: A02997930

Nom / *Name*: DIOP

Prénom / *Given Names*: CHEIKH ANTA

Nationalité / *Nationality*: SENEGALAISE

Date de naissance / *Date of birth*: 30 OCT / OCT 1997

N° personnel / *Personal No*: 1752199701407

Sexe / *Sex*: M

Lieu de naissance / *Place of birth*: DAKAR

Autorité / *Authority*: MINT/DGPN/DPETV

Date de délivrance / *Date of issue*: 17 JAN / JAN 2022

Signature du titulaire / *Holder's signature*

Date d'expiration / *Date of expiry*: 16 JAN / JAN 2027

P<SENDIOP<<CHEIKH<ANTA<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<
A029979301SEN9710304M2701161175219970140 7<14

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

DIRECTION GÉNÉRALE DE L'AVIATION CIVILE

CIVIL AVIATION ADMINISTRATION - FRANCE

CERTIFICAT MÉDICAL

Medical certificate

CLASSE 1 / 2 / LAPL

CLASS 1 / 2 / LAPL

European Union medical certificate

Issued in accordance with Part-MED

Complies with ICAO standards

Except for the LAPL medical certificate

A joindre à la licence

Pertaining to a Part-FCL licence

I	Etat dans lequel la licence de pilote a été délivrée ou demandée / *Authority that issued or is to issue the pilot licence* **FRANCE**
III	Numéro de certificat / *Certificate number*
IV	Nom et prénom du titulaire / *Last and first name of holder* **DIOP** **CHEIKH ANTA**
XIV	Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / *Date of birth (DD/MM/YYYY)* **30/10/1997 - DAKAR**
VI	Nationalité / *Nationality* SN (SENEGAL)
VII	Signature du titulaire / *Signature of holder*

II Certificat médical de Classe 1
Class 1 medical certificate

IX	Date d'expiration du certificat médical pour (JJ/MM/AAAA) / *Expiry date of this certificate for (DD/MM/YYYY)*
	Classe 1, exploitation commerciale monopilote avec transport de passagers / *Class 1 single pilot commercial operations carrying passengers* **11 / 02 / 2023**
	Classe 1, autres exploitations commerciales / *Class 1 other commercial operations* **11 / 02 / 2023**
	Classe 2 / *Class 2* **11 / 02 / 2027**
	LAPL / *LAPL* **11 / 02 / 2027**

MED.A.020 Diminution de l'aptitude médicale

a) Les titulaires de licence n'exercent à aucun moment les privilèges de leur licence et des qualifications ou certificats qui y sont liés s'ils :
1) ont connaissance d'une quelconque diminution de leur aptitude médicale susceptible de les rendre incapables d'exercer ces privilèges en toute sécurité ;
2) prennent ou utilisent des médicaments prescrits ou non prescrits qui sont susceptibles d'influer sur l'exercice en toute sécurité des privilèges de la licence en question ;
3) reçoivent tout traitement médical, chirurgical ou autre susceptible d'influer sur la sécurité des vols.

b) En outre, les titulaires de licence tâchent d'obtenir, sans retard indu, un avis aéromédical :
1) s'ils ont subi une opération chirurgicale ou une procédure invasive ;
2) s'ils ont entamé la prise régulière d'un médicament ;
3) s'ils souffrent de toute blessure importante impliquant une incapacité de travailler comme membre d'équipage ;
4) s'ils souffrent d'une maladie importante impliquant une incapacité de travailler comme membre d'équipage ;
5) en cas de grossesse ;
6) s'ils ont été admis dans un hôpital ou une clinique médicale ;
7) s'ils ont besoin de verres correcteurs pour la première fois.

MED.A.020 Decrease in medical fitness

a) Licence holders shall not exercise the privileges of their licence and related ratings or certificates at any time when they :
1) are aware of any decrease in their medical fitness which might render them unable to safely exercise those privileges ;
2) take or use any prescribed or non-prescribed medication which is likely to interfere with the safe exercise of the privileges of the applicable licence ;
3) receive any medical, surgical or other treatment that is likely to interfere with flight safety.

b) In addition, licence holders shall, without undue delay, seek aero-medical advice when they :
1) have undergone a surgical operation or invasive procedure ;
2) have commenced the regular use of any medication;
3) have suffered any significant personal injury involving incapacity to function as a member of the flight crew ;
4) have been suffering from any significant illness involving incapacity to function as a member of the flight crew ;
5) are pregnant ;
6) have been admitted to hospital or medical clinic ;
7) first require correcting lenses.

	XIII Limitations / *Limitations* Code - Description / *Code - Description*
X	Date de délivrance / *Date of issue* **11 / 02 / 2022**
XI	Signature de l'AME ou de l'évaluateur médical / *Signature of issuing AME or medical assessor* Cachet / *Stamp* **Dr. Jean-Yves LAFAILLE** **Dr Jy. LAFAILLE** Médecin chef Fra - AeMC - 05

	Date de l'examen médical / *Date of medical examination* **11 / 02 / 2022**
	Date du dernier électrocardiogramme / *Date of last electrocardiogram* **11/02/2022**
	Date du dernier audiogramme / *Date of last audiogram* **11/02/2022**